FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1942 N° 24

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

WERTHEIMER Ernest

né à Hust, le 10 Août 1907

Dysenterie Amibienne Autochtone

Président : M. A. FORSTER, Professeur
Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Imprimerie Générale
Jean de Bussac
2, Cours Sablon,
Clermont-Ferrand
— 1942 —

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1942 N° 30

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

WERTHEIMER Ernest

né à Hust, le 10 Août 1907

Dysenterie Amibienne Autochtone

Président : M. A. FORSTER, Professeur
Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Imprimerie Générale
Jean de Bussac
2, Cours Sablon,
Clermont-Ferrand
— 1942 —

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	André FORSTER ✻ ✪ I.
Assesseur		P. ROHMER ✻ ✪ I.

Professeurs titulaires

Clinique médicale B	MM.	AMBARD ✻ ✪ I.
Embryologie et tératologie		ANCEL ✻ ✪ I.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ✪ I.
Histologie		N....
Clinique O.R.L.		N....
Anatomie		FORSTER ✻ ✪ I.
Thérapeutique chirurgicale		FONTAINE ✪ A.
Chimie biologique		NICLOUX O. ✻ ✪ I.
Hygiène et bactériologie		OBERLING ✻ ✪ A.
Clinique dermatologique		PAUTRIER ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✻ ✪I.
Clinique ophtalmologique		REDSLOB ✻ ✪ I.
Clinique d'obstétrique et maladies des femmes		KELLER ✻ ✪ I.
Clinique infantile		ROHMER ✻ ✪ I.
Physiologie		N....
Pharmacologie et Médecine Expérimentale		SCHWARTZ ✪ I.
Médecine légale et médecine sociale		SIMONIN O. ✻ ✪ A.
Hydrologie et climatologie		VAUCHER ✻ ✪ I.
Physique biologique		VLÈS ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale B		WEISS ✻ ✪ A.
Clinique Médicale A		N....
Anatomie pathologique		N....

Professeurs sans chaire

Histologie	MM	ARON ✻ ✪I.
Anatomie		BELLOCQ ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique		GÉRY ✪ I.
Clinique médicale A		HANNS O. ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique		GELMA ✻ ✪ I.

Chargés de cours et agrégés

MM. CALLOT	MM. KLEIN	MM. HUMBERT ✻ ✪ A.
KAYSER ✪ A.	REISS ✪ A.	WARTER
ROMEY O. ✻ ✪ A.	SACREZ	THIVOLLE ✪ A.
TULASNE	GINGLINGER	P. MEYER.
Mlle ACHARD	BARTHELMÉ	E. FORSTER

Chargé d'un cours complémentaire

M. ROEDERER ✪ I.

Professeurs honoraires

M. STOLZ ✻ ✪ I.	M. CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.	M. LERICHE O. ✻ ✪ I.
M. BOUIN ✻ ✪ I.	M. WEILL ✻ ✪ I.	M. SCHAEFFER ✻ ✪ I.
M. REEB ✪ I.		

Agrégés libres

M. SIMON O. ✻ ✪ A.

M. KREISS A.✪

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES FRERES

A MES ONCLES ARNOLD ET ALEX WERTHEIMER

AU DOCTEUR A. GUTMAN

AU DOCTEUR DIDIER KISZELNIK

A TOUS LES MIENS

A Mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORSTER

Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous exprimons nos remerciements les plus respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JULIEN WARTER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Strasbourg

Qui nous a guidé au cours de notre travail. Qu'il trouve ici l'hommage de notre gratitude et de toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Dans la plupart des esprits la notion d'amibiase évoque aussitôt l'idée d'une maladie coloniale et d'un contage colonial.

En fait, la plupart des malades atteints de dysenterie amibienne, que l'on rencontre dans la Métropole, ont été contaminés dans les territoires d'outre-mer. Mais à côté de ces cas, qui sont de diagnostic relativement aisé, il en est d'autres où des erreurs sont fréquentes. Ce sont pourtant des amibiases authentiques, mais la plupart du temps méconnues, parce que leur porteur n'a jamais séjourné aux colonies.

Parmi les malades atteints de dysenterie amibienne autochtone, c'est-à-dire contractée en France, il convient dans la pratique de distinguer ceux chez lesquels le contact avec des coloniaux malades, est évident et ceux où par contre le contact, tout à fait bref, a pour cette raison complètement échappé aux malades.

Certes, au point de vue de la contamination elle-même, le processus est probablement identique, mais dans la médecine courante il se rattache au deuxième groupe de ces dysentériques une série de problèmes dont nous voudrions souligner l'intérêt dans ce travail, le problème essentiel étant celui du diagnostic.

Nous nous basons sur deux observations inédites, que nous devons à l'obligeance du Professeur agrégé Warter. Il ne nous paraît du reste pas impossible que ces cas soient assez nombreux et il est vraisemblable que dans le lot des malades traités depuis des années pour des trou-

bles intestinaux variés, se trouvent un certain nombre de dysenteries amibiennes méconnues parce qu'autochtone.

Il s'agit d'un chapitre de pathologie, qui mérite qu'on s'y intéresse, car l'amibiase est curable, parce que non traité le malade est exposé à des complications très graves et qu'enfin il peut être à l'origine de petits foyers dysentériques tout aussi négligés que leur point de départ.

Nous exposerons tout d'abord les deux observations cliniques, puis, après avoir rappelé dans un bref historique les principales phases d'étude de l'amibiase autochtone, nous aborderons son allure clinique et les problèmes pathogéniques et thérapeutiques qui s'y rattachent.

OBSERVATION N° I

M. C... Jean-Marie, 31 ans, célibataire, menuisier, habitant Combronde (P.-de-D.), nous est envoyé par son médecin, le 2-8-1911, pour un état général extrêmement déficient, s'accompagnant de troubles intestinaux.

Nous sommes en présence d'un homme de grande taille, 1 mètre 78, pesant 64 kg., considérablement amaigri, (il a maigri de plus de 15 kg. depuis le début de l'année), aux traits tirés, accusant une asthénie profonde, l'empêchant de faire tout travail de menuiserie, depuis plusieurs semaines. Nous sommes frappés en plus par la couleur jaunâtre de ses téguments et de ses conjonctives.

Le malade accuse une anorexie presque complète, à laquelle se surajoute la peur de s'alimenter, en raison des douleurs abdominales qu'il éprouve souvent 4 à 5 heures après les repas.

Examen.

Amaigrissement profond, téguments flasques, masses musculaires hypotoniques. Au niveau des membres, les reliefs musculaires sont considérablement diminués.

App. digestif. : Anorexie. Langue saburrale. Denture en bon état. Douleurs abdominales sous forme de coliques, prédominant le long du cadre colique, mais existant parfois d'une manière diffuse dans tout l'abdomen.

Au moment où nous l'examinons, les selles sont dures, et éliminées en très petite quantité. Le malade dit que cet état persiste, depuis le début de l'année, et que de temps en temps, il a recours à des laxatifs.

La palpation de l'abdomen réveille une douleur dans la fosse iliaque droite, où le cæcum se montre très gargouillant. On provoque également une sensation très pénible à la palpation profonde de la fosse iliaque. Le côlon

sigmoïde semble induré et contracté et le signe de la corde colique » est des plus nets. Le toucher rectal ne montre rien de particulier. La rectoscopie n'a pas été pratiquée.

Le foie est dans les limites normales, mais la région vésiculaire est légèrement douloureuse.

Rate, ni palpable, ni percutable.

App. circulatoire : Pouls petit, régulier à 85 à la minute, dépressible. T. A. 10-7.

Bruits du cœur : sourds — on ne perçoit pas de souffle.

App. respiratoire : sans anomalie.

Examen du système nerveux : ne révèle rien de particulier.

Examen du sang : Bordet-Wassermann = négatif.

Hématies : 3.700.000.

Hémoglobine : 70 %.

Leucocytes : 5.600.

Formule leucocytaire :	Polynuc. neutrophiles .	62 %
	Polynuc. éosinophiles .	3 %
	Monocytes	8 %
	Lymphocytes	27 %

Antécédents : Au point de vue héréditaire rien à signaler. Ses frères et sœurs sont parfaitement bien portants, et n'ont jamais souffert d'une affection intestinale. Lui-même n'a jamais été malade. Il a fait son service militaire au 9e régiment de cuirassiers, sans aucun incident pathologique.

Le début de ses troubles remonte au mois de juin 1940. A cette date, il fit un voyage à Paris, où il présenta, deux jours après son arrivée, des *diarrhées d'odeur très fétide et où il était obligé d'aller à la selle une vingtaine de fois par jour, pendant dix jours, environ.*

Les selles étaient chaque fois peu abondantes, renfermant du sang et des mucosités. En même temps, douleur généralisée à tout l'abdomen, épreintes et douleurs à la miction. Il signale d'ailleurs que la diurèse était considérablement réduite.

Le traitement consistait à l'époque en un régime alimentaire (eau minérale, biscottes et pâtes ; et dans l'ad-

ministration de ferments lactiques, d'opium et sous-nitrate de bismuth.

Après cette phase aiguë, qui avait entraîné un amaigrissement considérable, le syndrome diarrhéique est remplacé par une période de constipation, analogue à celle qu'il présente maintenant.

Il est à noter qu'en dehors d'un autre voyage à Lyon, notre malade n'a jamais effectué de grands déplacements et *qu'en particulier il n'a jamais été aux colonies, ni en contact avec des indigènes, ni même avec des gens ayant séjourné aux colonies.*

Depuis, son état intestinal a oscillé entre des périodes de constipation, plus ou moins prolongées, où il était obligé d'utiliser des laxatifs, et des périodes de diarrhées plus courtes, le tout s'accompagnant de fatigue l'empêchant de faire de grands efforts. Comme il le dit lui-même, « il s'est plus jamais bien porté » depuis le premier épisode diarrhéique, et ceci malgré une cure faite en 1941 à Châtel-Guyon. Un examen de selles n'a jamais été pratiqué par ses différents médecins traitants.

En raison de la chronicité de cette maladie, de son caractère à peu près apyrétique, (le malade ne se rappelle pas avoir eu la moindre impression de fièvre et n'a jamais mesuré sa température), celle-ci ne dépassait pas 37° pendant son séjour à la Polyclinique de Clermont-Fd ; en raison enfin de la note dysentérique, de certaines phases de l'évolution, — nombreuses selles, à certains moments, présence de glaires dans les selles, épreintes ténesme — et malgré le fait qu'il ne fût jamais aux colonies, nous nous trouvions orientés pour le diagnostic de dysenterie amibienne.

Un examen de selles est pratiqué sur notre demande par le docteur Vaurs, qui met en évidence dans ses selles, *des amibes dysentériques variété : entamoeba minuta.*

Un traitement antiamibien est aussitôt institué, sous forme d'injections d'émétine et d'administration de comprimés de Stovarsol. Le régime est complètement abandonné dès le début de ce traitement médicamenteux.

Le malade quitte la clinique six jours après son arrivée et la thérapeutique est confiée à son médecin traitant. Celui-ci nous signale qu'après la huitième injection d'émétine, les selles étaient devenues complètement normales, et qu'au bout de deux mois de traitement combiné, émétine-stovarsol, l'état s'était considérablement amélioré, que le malade avait augmenté de 10 kg. et ne présentait plus le moindre trouble intestinal.

En résumé, chez un homme de 31 ans, n'ayant jamais quitté la France, présentant un état général très atteint, nous diagnostiquons une dysenterie amibienne, apparemment contractée à Paris, au cours d'un voyage effectué en 1940. Chez ce malade, il n'a pas été possible de retrouver les modalités de contamination.

OBSERVATION N° II

B. Louis, 33 ans, originaire du Loir-et-Cher, soldat au 5e train, est admis à la salle St-Louis à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Fd, dans le service de M. le Professeur Weiss, le 27 juin 1941.

Il s'agit d'un prisonnier rapatrié d'Allemagne, pour une tumeur abdominale, et un état subfébrile, en rapport avec une pleurésie sérofibrineuse droite. Il a présenté les premiers symptômes au mois de mars 1941, au camp de prisonniers. Il se plaignait à l'époque d'asthénie progressive, de sudations, de diminution de l'appétit et d'amaigrissement.

Il a été soigné à l'infirmerie du camp, puis à l'hôpital (ventouses, cataplasme, antithermiques), mais on n'a jamais pratiqué de ponction pleurale. C'est le malade qui signale que le médecin avait constaté la présence de liquide, en petite quantité, d'ailleurs. A Clermont, on n'a jamais retrouvé à l'examen radiologique la présence de liquide.

Il s'agit d'un homme au teint pâle, aux traits tirés, amaigri, pesant 62 kg. pour une taille de 1 mètre 76, chez qui l'examen thoracique révèle une submatité à la base droite, avec une légère obscurité respiratoire.

Pendant tout son séjour dans le service, il est subfébrile et sa température oscille entre 37° et 37°8.

Il nous signale que son état pleuro-pulmonaire n'entraîne plus aucune gêne. Mais il accuse une symptomatologie abdominale, souvent alarmante, attribuée à l'existence d'une tumeur siégeant dans la partie gauche de l'abdomen. Ce sont essentiellement des douleurs, partant de la région de l'hypochondre gauche et irradiant vers le petit bassin. Sur un fond douloureux persistant, se greffent par moments des paroxysmes, sous forme de coliques, suivant le trajet descendant que nous venons de mentionner.

Devant de tels troubles, on songe tout d'abord à une affection rénale gauche. Mais l'examen des urines n'a jamais rien révélé d'anormal, ni albumine, ni cellules, ni sang. D'ailleurs, l'exploration clinique de la région rénale et de l'uretère, ainsi que le toucher rectal, ne mettent en évidence aucun point douloureux au niveau de l'appareil urinaire. Une pyélographie ascendante, pratiquée le 21 juillet 1911, ne montre, elle non plus, la moindre anomalie.

Mais à la palpation profonde de la partie gauche de l'abdomen, on note l'existence d'une tumeur arrondie de la région latéro-vertébrale, tumeur qui n'est pas douloureuse, et qui refoule le colon gauche vers l'avant, comme le montre le transit radiologique pratiqué à la fin du mois de juillet.

Le reste de l'examen clinique ne montre rien de particulier. Cœur normal, Tension Arter. : 13-7, Foie : de volume normal. Rate non palpable, système nerveux : indemne.

Le malade continue à présenter pendant les mois d'août et de septembre des épisodes douloureux, du même type que ceux déjà décrits. La température qui oscille à ce moment-là entre 37° et 37°8, monte pour la très courte période de 1-2 jours, à 38° puis à 39°.

En raison de la présence de la tumeur et en l'absence d'une explication précise des phénomènes, le professeur Weiss fait une laparotomie le 10 octobre 1911, au cours de laquelle un lipome, du volume de quatre poings, est extirpé. Les suites opératoires sont normales : pas de poussée de température, cicatrisation en une semaine environ.

Mais le 13 novembre, *s'installe une diarrhée de* 8-10 *selles* par jour, avec coliques et épreintes, mais sans glaires ni hémorragies, qui persiste avec les mêmes caractères le 14 et le 15 novembre.

Interrogé sur ses antécédents intestinaux, B. signale qu'à deux reprises pendant sa captivité, et chaque fois pendant huit jours, il a souffert d'une véritable dysenterie. La première fois en 1910, au mois d'octobre : les selles étaient alors nettement glaireuses, s'accompagnaient de coliques et de ténesme et étaient très nombreuses, jusqu'à 40 par jour.

Le deuxième épisode a eu lieu au mois de février 1911. En dehors de cela, il insiste sur des diarrhées qui se produisent de temps à autre, irrégulièrement et sans caractère particulier.

En raison de l'allure traînante de cette affection intestinale, de ses caractères nettement dysentériques à certains moments, et quoique l'intéressé n'eût jamais fait de séjour aux colonies, ni eu de contact avec des coloniaux, nous nous orientons vers une amibiase.

Cette hypothèse ayant l'avantage d'expliquer les épisodes intestinaux, les douleurs abdominales, qui ne relevait peut-être pas avec certitude de la présence d'un lipome, le léger mouvement fébrile et l'atteinte de l'état général.

L'examen coprologique fait le 14 novembre (méd. command. Bolzinger) révèle l'existence de *kystes d'entamoeba dysenteriae*.

Le 15 novembre, le malade ne relevant plus de la chirurgie, quitte la salle St-Louis de l'Hôtel-Dieu. Il est transféré à l'hôpital complémentaire de l'Ecole Normale des Institutrices à Clermont où on lui administre sur notre demande du chlrorhydrate d'émétine, à la dose de 8 centigrammes par jour pendant une semaine, puis du Stovarsol, 2 comprimés de 0.25 par jour pendant 7 jours.

Toute la symptomatologie digestive rentre dans l'ordre, et le malade quitte le service deux semaines après

Son état général s'était rapidement amélioré et son asthénie a disparu. Un autre examen de selles n'a pas été pratiqué.

En résumé, il s'agit d'un malade n'ayant jamais été dans les colonies et n'ayant jamais été en contact avec des coloniaux et qui semble avoir contracté une amibiase pendant sa captivité. Amibiase masquée par un état pleuro-pulmonaire déficient, par l'existence d'une tumeur abdominale, augmentant encore la difficulté de son diagnostic.

HISTORIQUE

L'amibiase autochtone dont nos deux observations sont des exemples typiques, fut signalée pour la première fois en France en 1904 par Dopter. Auparavant, l'amibiase était considérée comme l'apanage exclusif de pays chauds et n'était diagnostiquée dans le nôtre que chez les malades revenant des colonies.

Après la publication de Dopter, un certain nombre d'auteurs affirment, eux aussi, l'existence d'une dysenterie autochtone (Paviot et Garin, Lesage et Bobillier, Billiet, Gaillard et Brumpt, mais les cas restaient rares et en 1910, Dopter écrivait : En Europe, la dysenterie amibienne est pour ainsi dire absente, en France, on ne l'observe que chez les Coloniaux rapatriés, ayant contracté leur dysenterie dans les pays tropicaux ».

En 1914, Landouzy et Debré faisant le recensement des cas connus, ne pouvaient en réunir que 14 observations. Ajoutons cependant, qu'en 1913 Chauffard disait que c'était sans doute le polymorphisme clinique de la maladie qui la faisait souvent méconnaître et qu'elle était en France moins exceptionnelle qu'on ne le pensait.

Donc jusqu'en 1914, les cas d'amibiase autochtone restaient des curiosités cliniques. Fin septembre 1914, s'ouvre, en raison de la guerre, une nouvelle période dans l'étude de la maladie autochtone. A ce moment apparurent en effet dans les armées en campagne des troubles intestinaux variés, confondus sous l'appellation vague de « diarrhées des tranchées » parmi lesquelles Ravaut décela un assez grand nombre de dysenteries authentiques. A ce moment, Ravaut fut frappé par l'existence des troubles amibiens chez des territoriaux n'ayant jamais quitté la France. C'était là un apport important au chapitre de l'amibiase autochtone, inauguré 10 ans auparavant. Depuis cette époque, on admet qu'il faut compter trouver des amibiases en France, pouvant revêtir une symptomatologie souvent très fruste.

En 1915, Charpin, dans une statistique portant sur des soldats atteints de troubles gastro-intestinaux variés, montre que 20 % d'entre eux étaient porteurs d'amibes ou de

kystes amibiens et que quelques-uns de ceux-là n'avaient jamais quitté la métropole. Notons cependant que l'étude de Charpin a été faite dans un service spécialisé à Marseille, donc dans une région exposée à des maladies exotiques.

En 1924, Ch. Garin et P. Lépine publient une étude portant sur 208 cas d'amibiases observés dans la région lyonnaise, en 4 ans ; parmi eux, 40 étaient contractés en France. Voici le tableau permettant de se faire une idée sur l'origine de ces cas :

	Hommes	*Femmes*
Individus ayant fait la guerre au contact plus ou moins direct des soldats coloniaux	21	0
Contamination probable par un parent autre que le conjoint	3	0
Contamination par le conjoint	0	4
Contamination d'origine indéterminée . .	11	1

Ce tableau montre que dans la plupart des cas la contamination s'est faite au contact des coloniaux, mais il existe une proportion non négligeable de dysenteries dont la pathogénie reste absolument inconnue. Nos deux observations doivent rentrer dans ce dernier groupe.

Depuis 1924, on relève dans la littérature les faits publiés par Bensaude, Caïn et Terriat, qui, sur 68 cas d'amibiase observés en milieu hospitalier à Paris, trouvent 32 cas autochtones, ceux de Quérengal des Essarts qui en 1933 trouve, sur 500 amibiens traités à Brest, 3,5 % de ces autochtones et enfin, ceux de P. Hillemand, L. Martini et Bru, qui sur 600 cas vus au Centre de Réforme de Paris, relève 12,5 % concernant des sujets infestés pendant la guerre de 1914-1918 en France.

Ainsi donc, l'histoire de l'amibiase autochtone peut être résumée de la manière suivante : Avant 1914, elle est tout à fait exceptionnelle. A partir de la guerre 1914-1918, en raison du brassage des populations et en raison des contacts plus fréquents avec les coloniaux, elle s'est étendue si bien qu'actuellement il faut admettre qu'on peut la rencontrer même en pratique courante. L'histoire de nos deux malades en témoigne d'une façon indiscutable. En tous cas, il faut considérer actuellement que l'amibiase n'est pas une maladie forcément coloniale, qu'elle peut se contracter et évoluer sous nos climats.

ÉTUDE CLINIQUE
DE L'AMIBIASE AUTOCHTONE

Il est exceptionnel que l'on se trouve en présence du tableau classique de la dysenterie amibienne à sa phase aiguë dans les cas autochtones. D'ordinaire, les malades consultent pour des troubles extrêmement variés qui relèvent d'un dysfonctionnement du gros intestin. En général : constipation opiniâtre, alternance de diarrhée et de constipation, coliques abdominales, chez beaucoup de malades, le cadre colique est très douloureux, on note fréquemment la corde colique gauche et la corde sigmoïdienne. Mais certains d'entre eux accusent des symptômes gastriques : anorexie, flatulence, douleurs épigastriques, vomissements. D'autres encore, passent pour des appendiculaires, parce que toute la symptomatologie douloureuse se localise dans la fosse iliaque droite (forme pseudo-appendiculaire) ; dans certains cas, on a pratiqué une appendicectomie et ce n'est qu'ultérieurement qu'on a reconnu la véritable nature de la maladie.

Une observation de Chiray et Chêne en offre un exemple typique. Appendicectomie, inopérante d'ailleurs, chez un sujet présentant un tableau d'appendicite chronique non soulagé par l'opération et chez qui la pâte de Ravaut amena la guérison. La notion de l'amibiase fut établie d'une façon certaine.

D'autres malades offrent des tableaux abdominaux tout à fait éloignés de la dysenterie amibienne. C'est ainsi que Guttmann et Fabre relatent l'observation d'un sujet présentant des spasmes digestifs multiples, chez qui après de nombreux diagnostics on s'est rendu compte qu'il s'agissait en réalité d'une amibiase latente autochtone. Le traitement anti-amibien fit disparaître tous ces troubles très rapidement.

Une observation non moins remarquable concerne une autre malade de Chiray et Chêne : c'était une femme de 30 ans, originaire de Dunkerque, n'ayant jamais quitté la France, chez qui l'amibiase fut reconnue après une laparotomie pour occlusion intestinale aiguë. Cette femme avait contracté la maladie au contact de ses deux frères marins.

Chez d'autres malades, la symptomatologie est vésiculaire et on note chez eux de l'anorexie, des douleurs dans l'hypochondre droit et du subictère. On a rapporté dans la littérature un certain nombre des formes dites pseudo-vésiculaires. Le cas décrit par Sarles est particulièrement démonstratif. C'était un malade chez qui on suspectait une affection vésiculaire : La prise per os du tetraiode détermina chez lui une réaction intestinale du type dysenteriforme et l'examen des selles révéla la présence des amibes.

Chez d'autres malades enfin, ce sont des altérations de l'état général qui priment, amaigrissement considérable, traits tirés, teint terreux, hypotension artérielle (forme pseudo-cancéreuse, forme surrénalienne, etc...). Donc, d'une manière générale, dans la plupart des cas autochtones, l'amibiase revêt une allure torpide et chronique. Ravaut a beaucoup insisté sur la chronicité de cette maladie, mais il convient cependant de souligner qu'aux colonies l'épisode aigu est d'ordinaire marqué et net.

En France, il est tout à fait exceptionnel. Il peut cependant exister — comme le montre une observation de Carnot et Laffite ayant trait à une femme de 73 ans qui, sans séjour ni contage colonial, présenta une dysenterie suraiguë avec ulcérations typiques, semblable à celle des pays chauds ; la maladie revêtit chez cette femme une forme particulièrement sévère, puisqu'elle aboutit en 2-3 jours à la perforation et à la mort.

On conçoit donc combien est difficile le diagnostic de la dysenterie amibienne autochtone ; pour cette raison, aussi la plupart du temps le médecin parle d'atonie gastrique, d'entérite subaiguë, de coliques traînantes, de cholecystite chronique. Un traitement diététique et médicamenteux non spécifique est institué pendant des mois et même des années chez des malades de ce genre, sans que l'on puisse obtenir d'amélioration persistante. Il en était ainsi dans nos deux observations. Il arrive du reste que le malade soit envoyé dans une station thermale, à Plombières ou à Châtel-Guyon, comme dans notre observation n° 1, sans succès durable. Ces sujets traités de cette manière, traînent ainsi pendant de longues périodes, leur

état général s'altère, souvent gravement, leur capacité de travail, surtout s'il s'agit d'ouvriers, diminue considérablement et ils s'exposent à des complications qui peuvent être de la plus haute gravité.

D'autres, en disséminant les amibes et les kystes amibiens, peuvent être à l'origine de contaminations pour leur entourage.

Et cependant, un interrogatoire précis et fouillé, permet dans la plupart des cas de trouver, dans l'histoire de ces malades, des périodes — même si elles sont très courtes — où la dysenterie lève le masque et où se trouve réalisé le tableau bien connu de poussées aiguës de dysenterie : douleurs abdominales, ténesme rectal, épreintes, selles dysentériques, parfois assez nombreuses. Il en était ainsi chez nos deux malades et c'est la raison pour laquelle nous pûmes orienter nos recherches dans le bon sens et provoquer un examen coprologique. De toute manière en présence de tout malade, chez qui se rencontre un syndrome intestinal, quel qu'il soit, il convient de penser à l'amibiase que l'examen des selles mettra en évidence. Seule la coprologie permet de conclure ; les autres moyens ne sont qu'indirects et ne peuvent qu'orienter, mais non fixer le clinicien.

En effet la recherche de l'œsinophilie sanguine prônée par certains n'a pas l'importance qu'on lui accorde.

La radiologie non plus ne permet de conclure d'une façon nette ; cetes, la disposition des lésions par segments est assez caractéristique de l'amibiase. L'aspect déchiqueté ou rubanné, ou encore la rigidité particulière de certaines zones du gros intestin se rencontre fréquemment dans la dysenterie amibienne, mais n'offre pas la solution du problème. Il en est de même de l'examen rectoscopique. On a décrit dans les hôpitaux coloniaux, des ulcérations rectales profondes, à l'emporte-pièce, reliquat d'abcès en bouton de chemise. On a décrit également des lésions érosives superficielles et des plages hémorragiques, mais tous ces signes manquent de spécificité, tout comme les plages hémorragiques et l'aspect rouge vernissé de la muqueuse que l'on relève en général.

Donc, en définitive, l'amibiase autochtone est une maladie essentiellement chronique, revêtant les aspects cliniques les plus variés, où la plupart du temps il est cependant possible de trouver dans l'histoire des malades des périodes dysentériques indiscutables, qui permettent d'arriver au diagnostic.

Chez tous ces malades, il importe de pratiquer des examens coprologiques répétés, au besoin après administration de sulfate de soude ou de sulfate de magnésie. De cette manière seule il sera possible de rapporter à l'amibiase des troubles digestifs dont nous avons décrit tout à l'heure les différentes variétés.

Il ne nous paraît pas utile de décrire des formes cliniques de la dysenterie amibienne autochtone qui ont été multipliées d'une façon peut-être exagérée par quelques auteurs : forme colitique, forme pseudoappendiculaire, forme rectale, forme gastrique, forme vésiculaire, forme surrénalienne, etc... On peut imaginer leur existence très facilement d'après tout ce que nous venons de dire. Mais nous croyons cependant que chez la plupart des malades il est possible de trouver des épisodes dysentériques nets, qui permettent d'arriver assez rapidement à une conclusion.

Notons encore, pour compléter le tableau clinique de la maladie, qu'elle peut être associée à d'autres parasitoses (Lamblias, Tricocéphalie. Paludisme cas où le diagnostic sera évidemment moins aisé. Il convient enfin d'attirer l'attention sur *les complications* entraînées par la dysenterie amibienne autochtone. Ces complications sont exactement les mêmes que pour la maladie coloniale proprement dite. C'est une des raisons pour lesquelles il est utile de porter le diagnostic le plus rapidement possible.

On a publié dans la littérature quelques observations d'hépatite amibienne autochtone. C'est ainsi que Cade et Rigal rapportent l'histoire d'un enfant de 9 ans qui s'était contaminé auprès d'un oncle, qui avait contracté lui-même la maladie pendant la guerre de 1914 à Salonique et qui, après un an de troubles intestinaux, marqués principalement par les selles sanglantes, présenta un abcès du foie. Ces faits sont heureusement peu nombreux.

La dysenterie amibienne se voit d'ordinaire à l'âge moyen de la vie, mais ni les vieillards ni les enfants ne sont à l'abri de la contagion. Nous avons cité plus haut l'observation de Carnot et Laffite concernant une femme de 73 ans. Mais il existe également des cas infantiles comme celui de Cade et Rigal que nous venons de voir. Parfois les cas infantiles permettent de remonter assez facilement à la source du contage. Le cas de Lesné et L. Ramond en apporte l'illustration. Il s'agissait d'un enfant de 10 ans qui, depuis l'âge de 15 mois, souffrait de crises de vomissements incoercibles et d'entérite dysen-

teriforme, entraînant chaque fois un amaigrissement considérable. Toute une série d'examens de laboratoire ne donnèrent aucun résultat durant plusieurs années. Ce n'est qu'en 1919 que l'examen de selles décela la présence de kystes d'amoeba minuta. Le traitement anti-amibien fut aussitôt institué et les résultats furent excellents. D'après les auteurs, cet enfant aurait été contaminé à l'âge de 13 mois par une nourrice égyptienne.

PATHOGÉNIE DE L'AMIBIASE AUTOCHTONE

D'après tous les faits actuellement connus, les sujets atteints de dysenterie amibienne autochtone se sont contaminés au contact de malades ayant fait un séjour aux colonies. La preuve la meilleure est fournie par l'exemple de la dernière guerre. Alors qu'avant 1914, on n'avait publié que 14 cas d'amibiase autochtone, pendant la guerre, après l'arrivée d'indigènes et des soldats coloniaux, les cas se multiplièrent, frappant de nombreux soldats n'ayant jamais quitté la métropole. Antérieurement du reste, dès 1904, Dopter avait observé des faits indiscutables de contagion survenus chez des jeunes soldats au contact d'amibiens dans un régiment colonial. Si la contagiosité de la dysenterie amibienne est moindre que celle de la dysenterie bacillaire, elle n'en existe pas moins.

Le dysentérique colonial se comporte comme un véritable réservoir de virus qui peut répandre la maladie en semant les kystes autour de lui. Nous avons cité plus haut des observations où la contamination a pu être établie d'une façon nette : contamination d'un enfant à l'âge de 13 mois par une nourrice égyptienne (observation de Lesne et L. Ramond) ; enfant contagionné auprès d'un oncle qui avait fait la campagne de Salonique (Cade et Rigal) ; observation d'une femme contaminée au contact de ses deux frères marins (observation de Chiray et Chêne).

Il est fort probable que dans la plupart des cas, la contagion est directe et que la propagation s'est faite par les mains sales. Il semble du reste que le contact infectant doit être relativement étroit et que la vie commune avec un amibien y prédispose (cas conjugaux de dysenterie amibienne, se reporter à la statistique de Garin et Lépine). Mais la contagion indirecte peut cependant entrer en ligne de compte, non pas certes par l'amibe à

l'état végétatif, mais par le kyste amibien, qui est la forme de résistance de l'amibe dysentérique. C'est ainsi que des locaux, des vêtements, des latrines souillées par les déjections de malades peuvent être à l'origine des contaminations indirectes.

Beteau, dans sa thèse, ayant trait à une épidémie autochtone d'amibiase, relate des cas de contagion indirecte par l'intermédiaire d'aliments consommés crus. Ces cas se produisirent dans un asile d'aliénés de la Métropole, en 1935 et eurent comme point de départ un malade d'origine marocaine, amibien avant son internement. Ce malade, isolé dès son admission dans l'asile, ne put être pour cette raison la source d'une contagion directe. Les examens de l'eau d'alimentation, ne révélèrent point la présence d'amibes, ni de kystes. Mais les déjections humaines, celles du malade y comprises, servaient à fumer le jardin de l'asile et il est certain que des légumes consommés crus étaient à l'origine de la dysenterie, qui frappa 130 aliénés et entraîna la mort de 22 d'entre eux. La transmission de la dysenterie amibienne en France par voie directe et par voie indirecte ne peut donc être mise en doute.

Chez nos deux malades, il n'a pas été possible de remonter à la source d'une manière précise. Mais il est fort probable que dans l'observation n° 2 la contamination eut lieu dans le camp de prisonniers, à la suite de contact, ayant passé inaperçu, avec un porteur de kyste. A cet égard, il n'est pas peut-être inutile de rappeler que les défectuosités alimentaires ont une influence considérable sur l'éclosion de la maladie. Une alimentation défectueuse et insuffisante favorise l'éclosion de l'amibiase, c'est un fait qui a été maintes fois reconnu dans les expéditions coloniales et dans les camps de prisonniers.

Ce que nous venons de dire de l'origine de l'amibiase autochtone impose des règles prophylactiques absolues : isolement des malades, désinfection des excreta, traitement spécifique des amibiens, qui ne devront quitter l'hôpital qu'après disparition de kystes amibiens dans leurs déjections.

TRAITEMENT

de la DYSENTERIE AMIBIENNE AUTOCHTONE

Le traitement de la dysenterie amibienne autochtone nécessite des cures d'émétine et d'arsenic, mais il ne faudra pas perdre de vue que l'émétine agit principalement au moment des phases aiguës, et dans l'amibiase récente. Or, nous avons vu que la dysenterie amibienne autochtone est avant tout une maladie chronique ; — du reste les examens coprologiques mettent d'habitude en évidence des kystes amibiens et non pas des formes végétatives, donc chez tous ces malades il faudra associer l'arsenic et principalement la Stovarsol à l'émétine. Ce que nous avons fait chez nos deux malades avec succès.

A côté de ces deux traitements principaux, il y aurait intérêt à instituer une thérapeutique iodée à l'aide des médicaments : Mixiode (acide- 7 - iodo - 8 - oxyquinoléine - 5 sulfonique) ou du Yatrene (iodoxyquinoléïne-sulfonate de soude) dont l'efficacité sur les kystes complétera l'action des composés arsénicaux.

CONCLUSION

A côté de l'amibiase coloniale proprement dite, on rencontre des cas de dysenterie amibienne chez des sujets n'ayant jamais quitté la métropole. Ces cas doivent être groupés sous le nom de dysenterie amibienne autochtone.

Nous en rapportons deux observations. La plupart du temps l'amibiase autochtone est une maladie torpide et chronique. Elle peut revêtir les aspects les plus variés et réaliser les troubles digestifs les plus divers, mais en général on découvre chez des malades des épisodes dysentériques suffisamment nets, qui orientent le diagnostic et imposent les examens coprologiques indispensables.

La contamination se fait par voie directe ou par voie indirecte. Le traitement est celui de toute dysenterie amibienne, mais la préférence doit être donnée aux composés arsenicaux qui agissent sur les kystes amibiens rencontrés chez ces malades.

Vu : *Le Président* :
André FORSTER.

Clermont-Ferrand, le 19 novembre 1942.

Vu : *Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg* :
André FORSTER.

Vu et permis d'imprimer :

Clermont-Ferrand, le 19 novembre 1942.

Pour le Recteur de l'Académie de Strasbourg :

A. DANJON,
Vice-Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

ANZOLA CUBIDES H. — Etude clinique de porteurs de germes amibiens. Thèse Paris 1930, tome L, n° 500.

APERT. — Dysenterie amibienne autochtone chez un enfant. *Presse Médicale* 1919 — 15 mai, p. 27.

BABONNEIX. — Trois cas de paludisme autochtone, dont un compliqué de dysenterie amibienne. *Presse Médicale*, 29 mai 1919, p. 294.

BLOCH et MATTÉE. — L'amibiase sur le front français Centre-Est. *Annales de Médecine* 1918, n° 4, p. 374.

BAUDIN. — La dysenterie amibienne autochtone. Thèse de Lyon 1912 — n° 26.

BERTRAND. — L'amibiase, maladie générale. Thèse Paris 1926 — N° 317.

BETEAU J.-P. — A propos d'une épidémie autochtone d'amibiase. Thèse de Paris 1927 — N° 449.

BRUMPT. — Précis de Parasitologie (Masson).

CORDRE, LERICHE, GARIN. — Sur l'amibiase chronique, *Lyon-Médical*, 11 mai 1923, p. 76.

CARLES. — La dysenterie amibienne et les entérites chroniques de la guerre. — Vigot, 1918.

CHARPINE. — L'amibiase chronique en France. Thèse de Paris 1919 — N° 108.

CARNOT et TURQUETY. — Les maladies d'importation exotique depuis la guerre. *Paris-Médical*, 1er déc. 1917, p. 998.

CHAUFFARD. — La dysenterie amibienne chronique. *Presse Médicale*, 14 mai 1913, p. 326.

CHAUFFARD. — Dysenterie amibienne chronique, guérison par émétine. *Soc. Méd. Hôp.* 11 avril 1913.

CHAUFFARD. — Dysenterie amibienne, rechutes. *Bulletin Médical*, 13 déc. 1913, p. 866.

Chiray et Chène. — L'amibiase méconnue en France. *Presse Médicale*, 11 avril 1939, p. 1261.

Cade et Rigal. — Dysenterie amibienne autochtone infantile. *Presse Médicale*, 18 janvier 1922, p. 52.

Carnot et Laffite. — Sur un cas d'amibiase autochtone mortelle. *Presse Médicale*, 15 janvier 1935, p. 96.

Dopter. — Transmissibilité de la dysenterie amibienne en France. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 28 oct. 1904, p. 764.

Dopter. — Les dysenteries, étude bactériologique. (Doin, 1909).

Dopter. — Les dysenteries. Epidemiologie, anatomie pathologique, clinique et thérapeutique. (Doin, 1910).

Decrop. — Les formes larvées de la dysenterie amibienne. *Presse Médicale*, 7 mars 1918, p. 129.

Encyclopédie médico-chirurgicale. — Article amibiase. Maladies infect. 1re édit. 8 — 1935 8083, p. 3.

Etienne et Bénech. — Dysenterie autochtone. *Presse Médicale*, 11 mars 1922, p. 219.

N. Fiessinger et Edgard Leroy. — Evolution cachectique rapide d'un abcès de foie au cours d'une dysenterie amibienne autochtone. *P. M.* 10 octobre 1926, p. 484.

Flandin et Duchon. — Récidive de dysenterie amibienne, 33 ans après la première atteinte. *Soc. Méd. Hôp.* 30 juillet 1926.

Garin et Lépine. — Etude de 208 cas d'amibiase recueillis dans la région lyonnaise. *Presse Médicale*, 12 novembre 1924, p. 927.

Gauduchau. — Sur la pathogénie de l'amibiase. *Presse Médicale*, 15 déc. 1937, p. 1806.

Gutmann et Fabre. — Spasmes digestifs multiples d'origine amibienne. *Presse Médicale*, 19 août 1936, p. 1327.

Hillemand, Martini et Bru. — L'amibiase vu au Centre de Réforme de Paris. *Presse Médicale*, 1re juillet 1939, p. 1046.

Job et Ernoul. — Un cas d'amibiase autochtone. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 15 octobre 1915.

Job et Hirtzmann. — L'amibe dysenterique. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 21 juillet 1916.

Labbé Marcel. — Traitement de porteurs d'amibes dysenteriques. *Paris-Médical*, 7 déc. 1918 — N° 49, p. 451.

LORANDOS et PANGOLOS. — Dysenterie amibienne en Grèce. *Presse Médicale*, 4 sept. 1929.

LAGANE. — Diagnostic et traitement de la dysenterie amibienne. *Presse Médicale* 20 juin 1914, p. 463.

LESNE et L. RAMOND. — Dysenterie amibienne autochtone chez un enfant. Société de Pédiatrie, analysée dans *Presse Médicale* du 29 mai 1919, p. 294.

LESAGE et BOBILIER. — La dysenterie amibienne chez les tout petits enfants. *Journal de Médecine de Paris*, 20 sept. 1913.

LANDOUZY et DEBRÉ. — Les porteurs de germes, importateurs de maladies exotiques, particulièrement dans la dysenterie amibienne. *Presse Médicale*, 25 mars 1914, p. 376.

LEBŒUF. — Trait. d'amibiase intestinale par iodure double d'émétine et de bismuth. *Soc. patho. exotique*, 14 mars 1917.

LEBŒUF et BRAUN. — Fréquence de l'amibiase autochtone intestinale et hépatique. *Soc. Méd. Hôp.* 20 oct. 1916, p. 399.

MUNOZ-VAZQUEZ R. — Du diagnostic, du traitement et de prophylaxie de la dysenterie amibienne. Th. Paris 1934 — N° 360.

MATTEI. — Syndrome cholériforme et insuffisance rénale dans l'amibiase en campagne. *Soc. Méd. Hôp.* 16 fév. 1917, p. 476.

MOURIQUAND et DEGLAS. — Entérite chronique des amibiens. *Paris Méd.* 1re déc. 1917.

NOBECOUR et GIMBERT. — Neuf cas de dysenterie autochtone chez les soldats français. *Presse Médicale*, 1re déc. 1918.

ORTICONI et AMEUILLE. — Dysenterie amibienne autochtone. Académie de Médecine, 4 mars 1916.

OPPENHEIM. — Insuffisance surrénale dans dysenéries et entérites graves. *Société Médicale Hôpit.* 3 déc. 1915.

PAVIOT et GARIN. — Etude sur la dysenterie amibienne autochtone. *Journal de Pathologie et Physiologie générales*. Mars 1913, p. 26.

PETZETAKIS. — Amibiase urinaire. *Presse Médic.* 15 juillet 1925.

PANAYOTATOU. — Un cas d'amibiase généralisée. Th. Paris 1926.

PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — Amibiase, 1931.

Petzetakis. — Dysenterie amibienne aiguë : amibes dans les urines et dans les crachats. *Revue Médicale Française,* 7 déc. 1923.

Quereilhac. — Troubles intestinaux d'amibiase sous nos climats : Thèse de Paris, 1928 — N° 288.

Querengal des Essarts. — Amibiase intestinale à Brest. *Presse Médicale,* 15 avril 1933, p. 296.

Ramond L. — Dysenterie amibienne. *Presse Méd.* 19 mai 1934, p. 823.

Ravaut. — L'amibiase chronique en France, à la fin de l'année 1916. *Presse Médicale,* 8 février 1917, p. 81.

Ravaut et Krolunitsky. — Les états dysenteriformes et les dysenteries au cours de la guerre. *Revue générale de pathologie de guerre.* Vigot.

Ravaut et Charpin. — L'amibiase en France pendant la guerre. *Journal Médical Français.* N° 8, août 1919.

tone. Réunion médicale de la 6e armée. *Presse Mé-*

Ravaut et Krolunitsky. — Pourquoi avons-nous failli méconnaître la dysenterie amibienne. *Presse Médic.* 17 avril 1916, p. 364.

Ravaut et Krolunitsky. — Epidémie de dysenterie amibienne. *Soc. Méd. Hôpit.* 15 oct. 1915, p. 553.

Ravaut et Krolunitsky. — Sur quelques formes cliniques d'amibiase autochtone. *Soc. Méd. Hôp.* 9 juin 1916.

Rathery et Bisch. — Abcès du foie et diarrhée de tranchées. *Presse Médicale,* 6 juillet 1916, p. 47.

Ramond, Denoyelle et Lautmann. — Un cas d'amibiase pulmonaire pure sans abcès de foie. *Bull. Soc. Méd. des Hôpit.* 4 mai 1913.

Richet (fils). — Contagion de la dysenterie amibienne dans la zone tempérée. *Soc. Méd. des Hôp.* 10 déc. 1916.

Rist et Rolland. — Un cas d'amibiase hépatique autochtone. Réunion médicale de la 6e armée. *Presse Médicale* 31 janvier 1916.

Remlinger et Dumas. — La diarrhée des tranchées. *Revue d'hygiène,* 30 mai 1915.

Ravaut. — Syphilis, paludisme, amibiase. Collection Bleu-Horizon, Masson, éditeur, Paris 1918.

Ravaut. — L'amibiase en France depuis le début de la guerre. Réunion de la Croix-Rouge américaine, séance du 19 avril 1918.

SARLES. — Un cas d'amibiase découverte à l'occasion d'une cholecystographie. *Presse Médicale* 25 nov. 1931, page 1731.

SAVY P. — Traité de thérapeutique clinique, 1940, p. 2741, édition Masson.

TANON. — Les maladies tropicales. *Monde Médical*, 1re mars 1927.

TIXIER L. — Dysenterie amibienne chez un enfant de 8 ans. *Presse Médicale* 26 juin 1920, p. 126.

TRABAUD. — Formes anormales de l'amibiase. *Presse Médicale*, 14 nov. 1925, p. 1514.

TRABAUD. — Amibiase camouflée. *Soc. Méd. Hôp.*, 16 avril 1926, p. 87.

VALENCE. — Rechute dans l'amibiase. *Soc. Méd. Hôp.*, 23 juillet 1913.

VANNIER L. — Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire. Thèse de Paris, 1932 — N° 146.

VIOLLE. — Sur une épidémie de dysenterie dans le département de la Seine. *Presse Méd.* 10 déc. 1921, p. 983.

WERNER A. — L'émétine dans la dysenterie amibienne. Arch. für Schiffs. und Tropen hygiène, 1914, analysé dans *Presse Médicale* du 27 juin 1914.

WALDORP et MEMEBRIVES. — Ambiase et glande surrénale. *Presse Médicale*, 7 oct. 1936, p. 158.

Imp. Générale, J. de Bussac, 2, cours Sablon, Clermont-Ferrand